

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS Y PATOLOGÍA**



**“DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN
ESTUDIANTES DE PREGRADO DE UNA
UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL NORTE DEL PERÚ:
ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO - CIRUJANO**

NATALY CHRIS ESCAJADILLO VARGAS

PIURA – PERU

2009

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS Y PATOLOGÍA**



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO - CIRUJANO

**“DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN
ESTUDIANTES DE PREGRADO DE UNA
UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL NORTE
DEL PERÚ: ESTUDIO DE CASOS Y
CONTROLES”**

PIURA – PERU

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO - CIRUJANO

**“DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN ESTUDIANTES DE
PREGRADO DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL NORTE DEL
PERÚ: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”**

NATALY CHRIS ESCAJADILLO VARGAS
AUTOR

DR. JULIO CESAR CASTRO CASTRO
ASESOR

DR. WILDER CORDOVA MARCELO
CO-ASESOR

DR. EDWARD MEZONES HOLGUÍN
ASESOR ESTADÍSTICO

PIURA – PERU

2009

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO - CIRUJANO

**“DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN ESTUDIANTES
DE PREGRADO DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL
NORTE DEL PERÚ: ESTUDIO DE CASOS Y
CONTROLES”**

**DR. RAÚL DÍAZ CALDERÓN
PRESIDENTE**

**DR. GLAUCO VALDIVIEZO GARCÍA
SECRETARIO**

**DR. CARLOS DEL CARPIO CARRIÓN
VOCAL**

PIURA – PERU

2009

DEDICATORIA

A mi hermana Kelly por quien merece más de lo que podría agradecer toda mi vida, las palabras quedan cortas para describir todo lo que eres en mí.

A mis padres Gilda y Mario a quienes les debo TODO, todo lo que soy, lo que he hecho y lo que haré.

A mi tía Maty a quien tanto quiero y admiro por esa temura e increíble fortaleza.

A mi hermanito Reyson Vargas, tu presencia, tu alegría, tu espontánea forma de ser y hacernos siempre sonreír, vive en todos los que tuvimos el privilegio de conocerte, te amamos eternamente.

A mis mejores amigos Cecilia, Sandrita, Joseph y David, por enseñarme que hay algo que sí es para siempre, su amistad, gracias por su confianza, apoyo y compañía en los momentos más felices y difíciles de mi vida.

A mis asesores y jurado por el apoyo en el desarrollo de este trabajo.

A todos los que sueñan y luchan toda la vida, a los imprescindibles.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por confiar en cada paso que doy.

A la plana docente y administrativa de la Universidad Nacional de Piura y en especial a la Facultad de Medicina Humana, por la exigencia constante en nuestra formación y el apoyo en la realización de esta obra.

A mi amigo y asesor Edward Mezones Holguín, sin tu apoyo nada hubiera sido posible.

A mis asesores: Julio César Castro Castro; siempre he admirado sus cualidades como buen profesional y maestro y Wilder Cordova Marcelo, ha sido un honor haber trabajado y aprendido de usted.

A todos los amigos que he conocido en cada etapa de mi vida, July, Karla, Santiago, Yeny, Claudia, Paola, Lorena, Manuel, Gino, Gerardo, Deivi, Jonathan S, Victor St, Peyo, Natalit, Verónika, Cristhiam H, Eduardo M, Juan R, Jorge Ch., Segundo, Yelimer, Matías C., Diego, Renato, Anibal, Luís Miguel, Kattie, Karen, John Alex, de cada uno he aprendido demasiado.

A los médicos, profesionales de salud, personal técnico y administrativo del Hospital Regional Cayetano Heredia, por un año de experiencias inolvidables y fundamentales en mi formación.

A todos quienes apoyaron a que este proyecto se haga realidad.

DATOS GENERALES

1.1. TÍTULO

"DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL NORTE DEL PERÚ: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES"

1.2. AUTOR

NATALY CHRIS ESCAJADILLO VARGAS

- ✓ *Bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura.*

1.3. ASESOR

DR. JULIO CESAR CASTRO CASTRO

- ✓ Médico especialista en Psiquiatría.
- ✓ Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura.

1.4. COASESOR

DR. WILDER CORDOVA MARCELO

- ✓ Médico especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital III José Cayetano Heredia de Piura

1.5. ASESOR ESTADÍSTICO:

DR. EDWARD MEZONES HOLGUÍN

- ✓ Médico Cirujano – Magíster en Epidemiología Clínica – Centro de Excelencia CIGES Universidad de la Frontera-Chile
- ✓ Investigador de la Red Latinoamericana de investigación en Climaterio (REDLINC)

1.6. FACULTAD

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura

1.7. DEPARTAMENTO ACADÉMICO

Departamento de Clínica y Patología.

1.8. LUGAR DE ESTUDIO

Universidad Nacional de Piura

1.9. AREA DE ESTUDIO

Psiquiatría y Ginecología

SUMARIO

I. INTRODUCCION.....	02
II. OBJETIVOS.....	07
II.1. Objetivo	
General.....	07
II.2. Objetivos	
Específicos.....	07
III. METODOLOGIA.....	08
III.1. Tipo de estudio.....	08
III.2. Definición de la población en estudio.....	08
III.3. Tamaño y selección de la muestra.....	10
III.4. Operacionalización de las variables y escala de medición..	13
III.5. Instrumentos de recolección de datos.....	17
III.6. Proceso de captación de información	20
III.7. Análisis estadístico.....	21
III.8. Aspectos éticos.....	22
IV. RESULTADOS.....	23
V. DISCUSION.....	41
VI. CONCLUSIONES.....	47
VII. RECOMENDACIONES.....	48
VIII. ANEXOS	49
IX. RESUMEN.....	63
X. ABSTRACT.....	64
XI. REFERENCIAS	
BIBLIOGRAFICAS.....	65

I. INTRODUCCIÓN

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado del bienestar físico, emocional, mental y social en lo referente a sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad o de disfunción. La salud sexual requiere un positivo y respetuoso acercamiento a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales agradables y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual sea lograda y mantenida, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, ser protegidos y ser satisfechos ^(1,2). La sexualidad humana es una función cognoscitiva y corporal e influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales ⁽¹⁾

La disfunción sexual (DS) ha sido definida de distintas maneras; en 1992, la Organización Mundial de la Salud la definió como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea ⁽³⁾. Sin embargo, esta definición ha sido luego sistematizada a través del tiempo teniendo en cuenta las distintas fases de la respuesta sexual humana, como veremos a continuación.

Es importante considerar algunos pioneros en el campo de la sexología: Al final del siglo XIX, Freud, creador del psicoanálisis, dio gran impulso a la teoría de la libido como factor determinante de la personalidad, así como al análisis de los conflictos sexuales ⁽⁴⁾. La escuela alemana con los aportes de Kraft-Ebing a quien se le atribuye

una de las primeras obras que afrontan la conducta sexual: el libro *Psychopathia Sexuales*, publicado en 1886 y Hirschfeld quien fundó el Instituto de Sexología de Berlín en 1919 ⁽⁵⁾. Posteriormente entre 1948 y 1953 Alfred Kinsey publicó informes sobre La conducta sexual humana en el hombre y la mujer, los cuales a demás de generar controversia para le época, dieron un enfoque más científico a la sexología ⁽⁶⁾. Vinieron a continuación, en los años sesenta, William Masters y Virginia Johnson, quienes tras diez años de investigación; publicaron *The Human Sexual Response (La respuesta sexual humana)*, describiendo cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Años más tarde, Helen Kaplan, en su obra *The New Sex Therapy (La nueva terapia sexual)* introduce un modelo trifásico: deseo, vasocongestión (excitación) y mioclónica (orgasmo), asimismo, planteó una teoría multicausal de las disfunciones sexuales a diferentes niveles (intrapsíquico, interpersonal y conductual). ⁽⁷⁾

En 1998 la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollaron una clasificación de las DS, en función a la etapa de la respuesta sexual que se veía afecta y los trastornos sexuales por dolor, referidas en la Cuarta Edición del Manual Estadístico de Enfermedades Mentales (DMS-IV de sus siglas en inglés) y en la Décima Edición del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), respectivamente. ^(8,9)

En la década pasada Rosmary Basson propone un patrón de respuesta sexual femenina (RSF) en el que ésta gira en torno al deseo de reforzar la intimidad. Bajo es perspectiva, los sentimientos, las emociones y la ternura de la pareja y hacia la pareja juegan un rol preponderante en la producción y características de la respuesta. ^(10,11)

Frente estas nuevas investigaciones, nació la necesidad de implementar enfoques multidisciplinarios en torno al tema, es así, que se realiza en 1998; el Primer Encuentro Internacional para el Estudio de la Disfunción Sexual Femenina (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions - EIDSF) donde se reúnen investigadores de Estados Unidos de América, Canadá, Dinamarca, Italia, y los Países Bajos, plasmándose, un nuevo sistema de clasificación que pueda ser aplicado a todas las formas de disfunción sexual femenina con independencia de su etiología.⁽¹²⁾ A diferencia de la clasificación propuesta por el DSM-IV, ésta considera también factores orgánicos. Basado en dicho consenso, Rosen, en el año 2000, reunió a un grupo de expertos y desarrolló un instrumento para evaluar las disfunciones sexuales femeninas (DSF), al que denominó «Índice de Función sexual Femenina» (IFSF), éste se basa en 6 componentes principales deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Posteriormente este mismo grupo de estudio extendió la validación del instrumento con dos estudios publicados el 2003 y el 2005, en este último establecieron un punto de corte general.^(13- 15) Blumel y cols. efectuaron su validación sobre una población de habla hispana⁽¹⁶⁾ y recientemente, han un estudio multicéntrico, en el que éste instrumento ha mostrado ser adecuado en población latinoamericana.⁽¹⁷⁾

Como vemos el estudio de la sexualidad integra la comprensión global del ser humano en cuanto a sus logros, crecimientos y bienestar integral, por lo que su abordaje ideal debe de ser un esfuerzo multidisciplinario, constituyendo un desafío para la investigación básica, la evaluación diagnóstica y las distintas opciones de tratamiento, donde deben de incluirse las múltiples variables asociadas y las condiciones especiales en que se presentan.

Cuando se trata de explorar la sexualidad es frecuente encontrar mitos, tabúes y una gran desinformación, que desgraciadamente persisten aún en la actualidad, generándose conflictos entre los valores y las creencias aprendidas con las propias necesidades y deseos de expresión sexual, así como una alta prevalencia de disfunciones sexuales, realidades ocultas que no son conocidas, detectadas a tiempo y menos aún tratadas, que repercuten profundamente en la calidad de la relación de pareja, la vida familiar, así como en la capacidad de funcionamiento en otras áreas de la vida, deteriorándose la calidad de vida de nuestra población.

En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales de salud. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan en la escasa consulta sobre problemas sexuales por parte de la población general, e incluso en estos mismos profesionales de salud quienes no registran datos sobre la actividad sexual en las historias clínicas. Así, en nuestro país, la mayor parte de la investigación sobre sexualidad se ha enfocado a adolescentes o se ha referido a los problemas de educación sexual, pero se conoce poco de DSF.

La prevalencia de disfunciones sexuales en la población general es un tema de difícil abordaje, y particularmente en Latinoamérica ha sido poco estudiada, debido a la disparidad de criterios metodológicos y lenguaje utilizado ⁽¹⁶⁻⁴¹⁾. Se ha progresado mucho en el manejo de la disfunción sexual masculina y recientemente, se está dirigiendo la atención muy débilmente a nivel femenino.

Las disfunciones sexuales son problemas reales, de los que no se habla mucho. Estudios recientes realizados en otras regiones y culturas dan cuenta de una alta prevalencia de disfunciones sexuales en una población general de ambos sexos, predominando estos en el sexo femenino. Así, su prevalencia oscila entre 20% y 58% en distintos países y periodos de la investigación. ^(16,18,25,28, 31,32-36)

Por lo tanto constituye un problema que no debe pasar desapercibido, y que requiere afrontes adecuados. Las necesidades de las mujeres en el ámbito de la sexualidad se están dando a conocer aunque de forma lenta y empiezan a ser un campo novedoso de investigación, estudio y tratamiento.

Tomando en consideración los elementos antes abordados, estamos muy conscientes de la importancia que tiene la salud sexual en el ser humano, por lo que consideramos útil realizar una investigación que nos permitiera determinar la prevalencia y los factores asociados a disfunción sexual femenina en estudiantes universitarias.

Estamos seguros que el presente estudio contribuirá al conocimiento de la salud sexual femenina, y facilitará posteriores investigaciones, y diseño de estrategias que busquen solución a este relegado problema.

II. OBJETIVOS

II.1. OBJETIVO GENERAL

CONOCER LA PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y LOS FACTORES ASOCIADOS A ÉSTA EN MUJERES ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA.

II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar la prevalencia de la disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Piura en cuanto a: Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- ✓ Evaluar si existe asociación entre disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Piura y variables sociodemográficas como: Edad, estado marital, religión, índice de masa corporal (IMC), consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, Depresión mayor y Distimia.
- ✓ Evaluar si existe asociación entre disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Piura y antecedentes ginecoobstétricos como: Prole, menarquia, número de parejas sexuales, edad de inicio relaciones sexuales, frecuencia de relaciones sexuales y otras practicas sexuales, uso de anticonceptivos y antecedente de abuso sexual.

- ✓ Evaluar si existe asociación entre disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Piura y aspectos de la pareja: Relación de pareja, tiempo de relación de pareja, edad de la pareja, eyaculación precoz en la pareja y disfunción eréctil en la pareja.

III. METODOLOGIA

III.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de casos y controles anidado en un corte transversal

Definición de Caso: Mujeres con puntaje total en el IFSF $\leq 26,55$

Definición de Control: Mujeres con puntaje total en el IFSF $> 26,55$

III.2. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO

Mujeres jóvenes de la ciudad de Piura (Población blanco)

POBLACIÓN

Mujeres estudiantes de pregrado la Universidad Nacional de Piura (Población accesible)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ *Mujeres estudiantes de la Universidad Nacional de Piura*
 - ✓ *Mayores de 18 años*
 - ✓ *Mujeres que tengan actividad sexual en el último semestre.*
 - ✓ *Mujeres que tengan pareja sexual.*
-

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ *Mujeres con enfermedades crónicas (esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico u otra afección invalidante del tejido conectivo, neoplasia maligna, insuficiencia renal crónica terminal, hemodiálisis o diálisis peritoneal) y sus secuelas.*
 - ✓ *Mujeres con trastornos de la comunicación o discapacidades evidentes.*
 - ✓ *Mujeres en tratamientos con betabloqueadores, metildopa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la monoaminooxidasa, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos y corticoides.*
 - ✓ *Mujeres cuyos familiares en primer grado y esposo hayan fallecido en los últimos seis meses.*
 - ✓ *Mujeres que no acepten su participación en el estudio.*
-

UBICACIÓN TÉMPORO – ESPACIAL

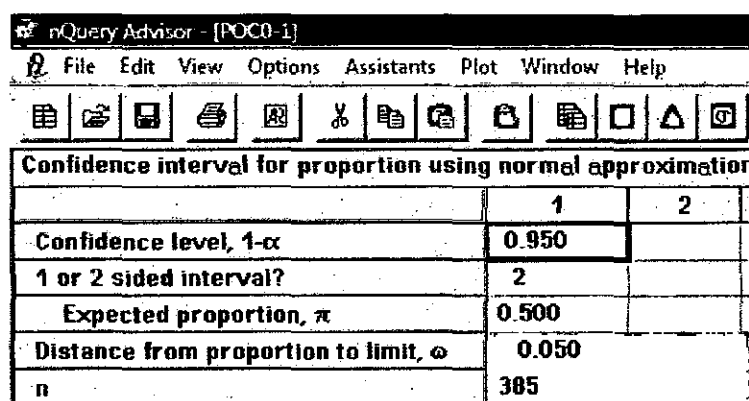
El presente estudio se llevó a cabo entre los meses febrero a marzo del 2009 en la Universidad Nacional de Piura.

III.3. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó en dos fases:

Primera fase:

Se necesitó de un estudio transversal donde se efectuó un muestreo probabilístico estratificado. Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró un 95% de nivel de confianza, un error de muestreo de 5% y dado que se desconocía la prevalencia se tomó un 0,5, usando el software Nquery Advisor ® se obtuvo una muestra mínima de 385 mujeres.



The screenshot shows the nQuery Advisor software window titled "nQuery Advisor - [POC0-1]". The menu bar includes File, Edit, View, Options, Assistants, Plot, Window, and Help. Below the menu is a toolbar with various icons. The main window displays a table for "Confidence interval for proportion using normal approximation".

	1	2
Confidence level, $1-\alpha$	0.950	
1 or 2 sided interval?	2	
Expected proportion, π	0.500	
Distance from proportion to limit, ϕ	0.050	
n	385	

Considerando que el 70% de las mujeres de la Universidad Nacional de Piura son sexualmente activas se requería entrevistar a 550 mujeres, no obstante, se estimó una tasa de rechazo del 10%, por lo que se decidió entrevistar a aproximadamente 605 mujeres. Al notar que se efectuaría un análisis multivariado por regresión logística con 18 variables de exposición se concluyó que el valor inicial al que se quiso llegar 385 era adecuado.

Con ello se tomó la proporción de matriculados por Facultad frente al total de matriculados totales para el semestre 2008-II, y ello se llevó proporcionalmente al tamaño calculado para el estudio de modo que se obtuvo:

FACULTAD	Nº	Muestra
<i>Ciencias administrativas</i>	463	69
<i>Agronomía</i>	164	24
<i>Ciencias contables y financieras</i>	384	57
<i>Economía</i>	277	41
<i>Ingeniería industrial</i>	368	55
<i>Ingeniería de minas</i>	526	78
<i>Ingeniería pesquera</i>	138	21
<i>Zootecnia</i>	134	20
<i>Medicina humana</i>	245	37
<i>Ciencias sociales y educación</i>	724	108
<i>Derecho y ciencias políticas</i>	156	23
<i>Ciencias</i>	319	48
<i>Ingeniería civil</i>	53	8
<i>Arquitectura y urbanismo</i>	105	16
TOTAL:	4056	605

Segunda fase:

Luego de efectuada la primera fase se obtuvieron los casos y los controles en base al punto de corte del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) en 26,55, con los casos y controles. Para efectos del estudio se trabajó con una significancia del 5%, una potencia del 80%, una razón de Odds (odds ratio) esperado de 2 y una razón caso a control de 1,5, por lo que se obtuvo que la muestra

mínima requerida para los casos es de 145 y de 217 en los controles.

Efectuado el estudio transversal inicial, al obtenerse 163 casos y 246 controles se sometió a un análisis para evaluar la potencia estadística, obteniéndose un valor de 82% por lo que se optó por analizar a esta totalidad.

nQuery Advisor - [PTT0U-1]		
File Edit View Options Assistants Plot Window Help		
Two group χ^2 test of equal proportions (odds ratio = 1) (unequal n's)		
	1	2
Test significance level, α	0.050	
1 or 2 sided test?	2	
Group 1 proportion, π_1	0.200	
Group 2 proportion, π_2	0.333	
Odds ratio, $\psi = \pi_2 (1 - \pi_1) / [\pi_1 (1 - \pi_2)]$	2.000	
Power (%)	80	
n_1	145	
n_2	217	
Ratio: n_2 / n_1	1.500	
$N = n_1 + n_2$	362	

III. 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta un momento determinado en el tiempo.	Número de años vividos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de evaluación	Valores absolutos y categorización según análisis	Cuantitativa	Continua
Estado marital	Condición en la que se encuentra una persona en relación a la tenencia de una pareja sexual	Situación en la que se encuentra una mujer al poseer una pareja sexual en función al reconocimiento del Estado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltera ✓ Casada ✓ Conviviente 	Cualitativa	Politómica
Religión	Actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Religión que profesa la mujer participante	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Católico practicante ✓ Católico no practicante ✓ Mormón ✓ Evangélico ✓ Testigo de Jehová ✓ Adventista ✓ Otros ✓ Sin religión 	Cualitativa	Politómica
IMC (Índice de masa corporal)	Es una medida que estima lo que debe pesar una persona sobre la base de su estatura.	Peso dividido sobre el cuadrado de la talla, se califica como: Peso inferior a lo normal, Peso normal, sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida	Valores absolutos y categorización según OMS. <ul style="list-style-type: none"> ✓ < 18.5 ✓ 18.5 - 24.9 ✓ 25.0 - 29.9 ✓ 30.0 - 39.9 ✓ > 40 	Cuantitativa	Continua
Menarquia	Primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual	Edad en que presento la primera menstruación	Valores absolutos y categorización según análisis	Cuantitativa	Continua
Prole	Número de veces que una mujer ha parido un feto(s) vivo(s) o muerto(s), tras un embarazo de 20 semanas o más.	Número de hijos nacidos vivos o muertos.	Valores absolutos y categorización según análisis	Cuantitativa	Continua
Antecedente de abuso sexual	Acción de tipo sexual impuesta a un niño por un adulto o por una persona mayor que él. Como: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual.	Condición de haber sido víctima de alguna acción impuesta de tipo sexual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Cualitativa	Dicotómica

Edad de inicio de relaciones sexuales	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el primer coito	Edad en la que experimentó el primer coito	Valores absolutos y categorización según análisis	Cuantitativa	Continua
Frecuencia de coito	Número de veces sobre una unidad de tiempo en que una persona tiene relaciones sexuales convencionales heterosexuales, en la cual el pene es introducido en la vagina.	Número de veces por mes en que una persona practica el coito	Valores absolutos de eventos por mes y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta
Sexo oral	Práctica sexual en la que uno o varios individuos estimulan a otro los órganos genitales con los labios y la lengua.	Haber practicado alguna o varias veces durante su vida sexo oral	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica
Frecuencia de sexo oral	Número de veces sobre una unidad de tiempo en que una persona tiene sexo oral	Número de veces por mes en que una persona practica el sexo oral	Valores absolutos de eventos por mes y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta
Sexo anal	Práctica sexual que involucra la introducción del pene en el ano.	Haber practicado alguna o varias veces durante su vida sexo anal	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica
Frecuencia de sexo anal	Número de veces sobre una unidad de tiempo en que una persona tiene sexo anal	Número de veces por mes en que una persona practica el sexo anal	Valores absolutos de eventos por mes y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta
Masturbación	Manipulación de algunas zonas del cuerpo, entre ellos, los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo.	Haber practicado alguna o varias veces durante su vida la masturbación	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica
Frecuencia de masturbación	Número de veces por unidad de tiempo en que una persona practica la masturbación	Número de veces por mes en que una persona practica la masturbación	Valores absolutos de eventos por mes y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta
Número de parejas sexuales	Personas con las que mantiene relaciones sexuales	Número de personas con las que mantuvo coito en el último semestre.	Valor absoluto u categorización según análisis	Cuantitativa	Continua
Uso de métodos anticonceptivos inyectables mensuales	Uso de compuestos hormonales suministradas por vía intramuscular, a base de Estrógenos y Progestágenos cuyo objetivo alterar el ciclo menstrual para impedir la ovulación.	Administración mensual de anticonceptivos inyectables	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica
Uso de métodos anticonceptivos inyectables trimestrales	Uso de compuestos hormonales que contienen exclusivamente progestágenos suministrados por vía intramuscular con el	Administración trimestral de anticonceptivos inyectables	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica

	objetivo alterar el ciclo menstrual para impedir la ovulación.					
Uso de métodos anticonceptivos orales	Uso de compuestos hormonales suministradas por vía oral cuyo objetivo alterar el ciclo menstrual para impedir la ovulación y, por tanto, la fecundación del óvulo.	Consumo diario de píldoras anticonceptivas	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica	
Uso de métodos anticonceptivos de emergencia	Uso de compuestos hormonales a mayores dosis para impedir el embarazo luego de una relación sexual sin protección	Consumo de la "píldora del día siguiente"	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica	
Uso de DIU	Uso de un dispositivo hecho de plástico, metal o de ambos, que es introducido a la cavidad endometrial para ofrecer protección anticonceptiva.	Condición de usar actualmente un dispositivo intrauterino.	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica	
Consumo de alcohol	Es el acto de tomar bebidas alcohólicas producto de la fermentación o destilación del almidón o azúcar que se encuentra en frutas y granos.	Encuesta Breve del Beber Anormal (EBBA)	✓ No bebedor ✓ Bebedor no problema ✓ Bebedor problema	Cualitativa	politómica	
Consumo de tabaco	Es el acto de fumar cigarrillos producto de tabaco seco picado recubierto por una hoja de tabaco o papel en forma de cilindro, comúnmente acompañados por un filtro.	Acto consistente en haber fumado por lo menos un cigarrillo o una fracción de él en los últimos 6 meses	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica	
Frecuencia de consumo de tabaco	Número de veces por unidad de tiempo en que una persona fuma cigarrillo de tabaco	Número de cigarrillos por semana que consume la participante	Valores absolutos de eventos por semana y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta	
Consumo de sustancias psicoactivas	Es el acto de consumo de sustancias farmacodependientes capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas del que las consume.	Ingesta de sustancias psicoactivas por lo menos una vez en los últimos 6 meses	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Dicotómica	
Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas	Número de veces por unidad de tiempo en que una persona consume sustancias psicoactivas	Número veces por mes que la participante consume cualquier tipo de sustancias psicoactivas	Valores absolutos de eventos por mes y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta	
Edad de la pareja	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento de la pareja a la actualidad.	Número de años de la pareja desde la fecha de nacimiento hasta el	Valores absolutos y categorización según análisis	Cuantitativa	Continua	

Tiempo de relación de pareja	Tiempo transcurrido desde el momento de inicio de la pareja a la actualidad.	momento de evaluación		Valores absolutos de eventos por mes y categorización según análisis	Cuantitativa	Discreta
		Número de meses desde la fecha de inicio de la pareja hasta el momento de evaluación				
Relación de pareja	Relación entre dos personas que llevan un tiempo determinado de coexistencia, cohabitación y/o convivencia, mantienen un lazo amoroso y un proyecto común.	Autovaloración vigesimal del estado de la relación mantenida con la pareja sexual	Número (del 1 al 20)		Cuantitativa	Discreta
Eyacuación precoz en la pareja	Pareja con eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo (<1min) después de la penetración.	Percepción por parte de la mujer de eyacuación precoz en su pareja sexual	✓ Si ✓ No		Cualitativa	Dicotómica
Disfunción eréctil en la pareja	Incapacidad de la pareja para lograr y/o mantener una erección del pene suficiente para permitir un completo y satisfactorio acto sexual.	Percepción por parte de la mujer de disfunción eréctil en su pareja sexual	✓ Si ✓ No		Cualitativa	Dicotómica
Depresión	Es un cuadro clínico, en el que predomina la tristeza y la falta de ganas de hacer las cosas. La persona se siente con desesperanza, deprimido, apesadumbrado, con anhedonia (incapaz de disfrutar de las cosas que antes hacía).	Escala Hamilton para Clasificación de la Depresión (Ham-D)	✓ Depresión mayor ✓ Depresión menor ✓ Normal		Cualitativa	Politómica
Distimia	Perturbación crónica que involucra humor depresivo por lo menos los dos últimos años y que puede ir acompañado por: Poco apetito o hiperfagia, insomnio o hipersomnio, fatiga, baja autoestima, pobre concentración, sentimientos de desesperanza.	Escala de evaluación de trastorno distímico	✓ Normal ✓ Trastorno distímico actual		Cualitativa	Dicotómica
Disfunción sexual femenina	Dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea	ISFS (índice de función sexual femenina)	✓ Sin disfunción sexual ✓ Con disfunción sexual		Cualitativa	Dicotómica

III. 5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se recogió mediante un cuestionario anónimo codificado estructurado en 4 apartados:

Datos generales

Conformada por; una ficha de selección: la cual incluye los criterios de inclusión y exclusión preliminares, dirección de correo electrónico, código personal elegido al azar por la misma participante, datos de peso y talla (que fueron medidos previamente). Ficha de recolección de datos, que contiene preguntas relacionadas con variables sociodemográficas: Edad (en años), estado marital, religión, índice de masa corporal (IMC), consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; preguntas relacionadas a los antecedentes ginecoobstétricos: Menarquia, edad de inicio relaciones sexuales (los dos en años), número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales y otras practicas sexuales (tasa estimada por mes), uso de anticonceptivos, antecedente de abuso sexual, y finalmente, preguntas relacionadas a la pareja: Relación de pareja (Escala visual análoga vigesimal), edad de la pareja, tiempo de relación de pareja, eyaculación precoz en la pareja y disfunción eréctil en la pareja.

Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

Consiste en un cuestionario de 19 ítems, que valora la respuesta sexual de la mujer, demostrando propiedades psicométricas adecuadas en todas las etapas de la vida y diseñado para ser fácilmente autoadministrado, preservándose además la estricta intimidad y confidencialidad de los datos.

Las participantes desarrollaron el test de 19 ítems y seleccionaron en cada una de ellos una de las 5 ó 6 respuestas posibles que mejor describió su situación durante las últimas 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor).

El cuestionario se compone de seis dominios diferentes que serán explorados: Deseo (ítems 1,2); Excitación (ítems 3, 4, 5, 6); Lubricación (ítems 7, 8, 9, 10); Orgasmo (ítems 11, 12, 13); Satisfacción (ítems 14, 15, 16); y Dolor (ítems 17, 18, 19). (Ver anexo 02)

La puntuación total del test oscila entre 4 y 95 puntos, pero debe de multiplicarse por algunos factores como veremos en el siguiente:

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA*

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Deseo</i>	<i>1 - 2</i>	<i>1 - 5</i>	<i>0,6</i>	<i>1,2</i>	<i>6</i>
<i>Excitación</i>	<i>3 - 6</i>	<i>0 - 5</i>	<i>0,3</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Lubricación</i>	<i>7 - 10</i>	<i>0 - 5</i>	<i>0,3</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Orgasmo</i>	<i>11 - 13</i>	<i>0 - 5</i>	<i>0,4</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Satisfacción</i>	<i>14 - 16</i>	<i>0 - 5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,8</i>	<i>6</i>
<i>Dolor</i>	<i>17 - 19</i>	<i>0 - 5</i>	<i>0,4</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Rango</i>					
<i>Total</i>				<i>2</i>	<i>36</i>

*Tomado de: Blumel J, Binfa L, Cataldo P. Índice de Función Sexual Femenina: Un Test para evaluar la sexualidad de la Mujer. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69:118-25.

El Índice de Función Sexual Femenina ha sido validado internacionalmente por Rosen, Meston y cols. ⁽¹²⁻¹⁴⁾, y al español por Blumel y cols ⁽²⁰⁾. En el presente trabajo tomaremos como punto

de corte lo sugerido por Weigel y cols.⁽⁴²⁾ calificado como disfunción sexual a valores menores de 26,55. Para los otros dominios se efectuó un análisis de Curva ROC para ver los puntos de corte más adecuados considerando el punto de corte general, de modo que para los dominios excitación y lubricación fue de ≤ 3.9 y en orgasmo, satisfacción y dolor en ≤ 4 (Ver Anexo 03)

Escala Breve de Beber Anormal (EBBA)

Es un instrumento diseñado para la evaluación del consumo de alcohol, explora la apreciación subjetiva del individuo sobre su forma de beber. Ha sido validada por Orpinas y cols. en la población chilena⁽⁴³⁾ mostrando alta sensibilidad (97%) y especificidad (89%) como instrumento de screening, consta de 7 interrogantes, e identifica como bebedores problema a aquellos con tres o más respuestas afirmativas. Se define Beber problema, como cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente provoca consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de la salud, armonía familiar, rendimiento laboral (o de estudios), seguridad personal y funcionamiento social (Ver Anexo 04).

Evaluación de la Depresión y distimia

Mediante la Escala Hamilton para la clasificación de la Depresión (HAM-D) y la Escala de evaluación de trastorno Distímico (Ver anexo 05 y 06)

III. 6. PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

- ✓ Se coordinó previa autorización con el Centro de investigación y tecnología (CIT) de la Universidad Nacional de Piura, para el acceso a los datos sobre el número de estudiantes inscritos durante el semestre II del año 2008 (por es el semestre en curso), por sexo y facultad de estudios.
- ✓ Posteriormente se mantuvo reuniones de coordinación con los distintos decanos y docentes de cada facultad, obteniendo la autorización correspondiente para la realización del estudio durante un espacio de 45 minutos en las aulas de clase.
- ✓ Se realizaron charlas informativas sobre siguientes temas: Aspectos generales sobre la sexualidad, sexo, rol de género, identidad sexual, respuesta sexual humana, disfunciones sexuales, depresión y distimia; asimismo, se explicó a cada participante las características y términos del cuestionario, y la estricta confidencialidad de los datos.
- ✓ Cada participante eligió al azar su Código Personal, el cual fue la única identificación, para la posterior entrega de los resultados.
- ✓ Se procedió a pesar y tallar a los pacientes con una balanza debidamente calibrada y un tallimetro.
- ✓ Las participantes desarrollaron el cuestionario en la intimidad, al finalizar cada una procedió a introducir el cuestionario en un ánfora.

III. 7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística Descriptiva

Para las variables cualitativas se usaron distribución de frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos intervalos de confianza. En el caso de las variables cuantitativas se usaron como medidas de tendencia central y de dispersión, media y desviación estándar, respectivamente

Estadística Inferencial

En la estadística inferencial se efectuó inicialmente un análisis crudo por medio de pruebas de significancia para variables cuantitativas como T de Student o en su defecto U de Mann Whitney, (habiéndose evaluado previamente la normalidad por medio del test de Kolmogorov - Smirnov y la homogeneidad de varianzas por el test de Levene), en el caso de las variables cualitativas se usó ji cuadrado o en su defecto el test exacto de Fisher.

Con las variables significativas como variables de exposición se realizó un modelo de asociación por medio de regresión logística binaria tomando la DSF como variable de respuesta, usando las pruebas de bondad de ajuste de Hoshmer Lemeshow. Los datos se procesaron en el software STATA 9.0

III. 8. ASPECTOS ÉTICOS

El propósito de esta investigación es aportar información sobre la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Piura.

La realización del mismo no representó ningún tipo de riesgo para las participantes, dado que se basó en la recolección de datos a través de una encuesta autoadministrada identificada sólo con un código personal únicamente conocido por la propia participante, de tal manera se preservó estrictamente la confidencialidad de los datos obtenidos,

Los participantes no fueron expuestos a experiencias que resultasen en daños graves o permanentes. Estamos seguros que el grado de riesgo no excedió a los posibles beneficios.

Toda la información recolectada en el presente estudio será para uso exclusivo de la investigación científica. La participación de los sujetos en estudio fue completamente voluntaria, no representó un riesgo para la salud de los participantes, no obstante, para alcanzar los objetivos propuestos fue necesario tener acceso a información íntima y muy personal, la cual que fue revisada sólo con la previa autorización de la participante, ninguna de las encuestas fue identificada con apellidos o nombres, salvaguardando de esta manera el anonimato de la participante.

IV. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Se encuestaron 628 mujeres estudiantes de pregrado de Universidad Nacional de Piura, de las cuales 3 se negaron a participar, lo que significó una tasa de rechazo bastante baja. Del total de participantes, que fueron 625 se encontró que 182 (29,12%) mujeres aún no habían tenido coito, 34 (5,44%) son sexualmente inactivas (no haber practicado coito en las últimas 4 semanas) y 409 (65,44%) son sexualmente activas, estas últimas entraron al estudio. (ver *tabla 01 y figura 01*)

Asimismo, se encontró que de aquellas que aún no han tenido coito; casi la décima parte se masturbaba con una frecuencia promedio cercana a las dos veces por mes, además, 3 de ellas practican sexo oral y 1 de ellas sexo anal. (ver *tabla 02, 03 y figura 02*)

Dentro de las mujeres sin actividad sexual poco más de la tercera parte se masturban con una frecuencia cercana a 2 veces por mes, más de la quinta parte practican sexo oral con una frecuencia media de 3 veces por mes, y un reducido 8,82% practican sexo oral con una media de frecuencia de 3 veces por mes. (ver *tabla 02, 03 y figura 02*)

Casi la tercera parte de las mujeres sexualmente activas se masturba y algo menos de las tres cuartas partes practica sexo oral y una cuarta parte mantiene relaciones por vía anal. Cabe notar además, que casi más de la mitad de las veces que tienen coito se practica el sexo oral y en la cuarta parte de las veces, el sexo anal (ver *tabla 02, 03 y figura 02*)

Así, la práctica sexual con menor frecuencia en las últimas 4 semanas es el sexo anal. No obstante un porcentaje no despreciable de mujeres realizan otras prácticas sexuales como sexo oral y anal, pese a no haber iniciado el coito.

Reunieron los criterios de inclusión 409 (65,44%) mujeres. El análisis del perfil sociodemográfico mostró, que la media de edad fue de 22.51+/- 2.39 años (18 - 33). La mayoría de las mujeres son solteras, la décima parte estaban casadas, un reducido 6.6% eran convivientes y tan sólo 3 mujeres eran viudas. Asimismo, sólo el 14.91% de mujeres tenían un hijo, el resto no tenían. La gran mayoría tenía sólo una pareja sexual, un 5.38% tenían más de una pareja sexual. La religión predominante es la católica donde poco más de la mitad se consideran católicos no practicantes, y 42.30%, católicos practicantes. (ver tabla 06 y 07)

En cuanto a los hábitos nocivos: La décima parte de las mujeres fuman tabaco, con una frecuencia aproximada de 6 cigarros por semana. Respecto al consumo de alcohol se detectó que algo más que la décima parte de las mujeres eran bebedoras problema y casi 6 de cada 10 no consumen alcohol. (ver tabla 06 y 08)

Referente a los trastornos depresivos encontramos que una de cada cinco mujeres sufren de depresión mayor y tan sólo 8.80% trastorno distímico. (ver tabla 08)

Los 12 años corresponde a la media de menarquia, 19 años para el inicio de relaciones sexuales, encontrándose en esta última un rango que va desde los 12 hasta los 27 años. La edad de la pareja se

encuentra generalmente entre los 25 años, el promedio de la calificación de la relación de pareja rondó los 15 puntos de 20,

el tiempo promedio de relación de pareja es cercano a los 37 meses variando entre 2 y 98 meses. Se calculó además el tiempo de actividad sexual (edad de la participante – edad de inicio de relaciones sexuales) que resultó ser en promedio de 3.62 ± 2.50 años (0 – 16), y la diferencia de edad con la pareja (edad de la pareja – edad de la participante) obteniendo una media de 2.97 ± 4.01 años (-9 / 33). La media del índice de masa corporal fue en promedio 21.53 ± 2.30 Kg/m² (ver tabla 06)

PUNTAJES Y CALIFICACIONES DEL IFSF EN RELACIÓN A VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECOOBSTETRICAS

El puntaje general del Índice de Función Sexual Femenina ostentó un valor promedio de 27.16 ± 4.27 (9-35.1). Asimismo, la media en los seis dominios: Deseo 3.80 ± 1.02 , excitación 4.31 ± 0.92 , orgasmo 4.53 ± 1.05 , lubricación 4.99 ± 0.81 , satisfacción 4.84 ± 1.05 y dolor 4.70 ± 1.07 . (ver tabla 04)

Se encontró disfunción sexual en 163 (39.85%) mujeres, trastorno del deseo en 120 (29.34%) mujeres, trastorno de la excitación en 95 (23.23%) mujeres, trastorno en la lubricación en 31 (7.58%) mujeres, trastorno orgásmico en 119 (29.10%) mujeres, insatisfacción sexual en 86 (21.03%) mujeres y trastorno del dolor en 76 (18.58%) mujeres. (ver tabla 05 y figura 03)

En nuestro estudio, la edad < de 23 años ($P=0.002$), el IMC bajo peso ($P=0.013$), la falta de práctica de sexo oral ($P=0.0047$), de sexo anal ($P=0.02$), la disfunción eréctil en la pareja ($P=0.002$), el menor tiempo de actividad sexual (edad de la participante – edad de la primera relación sexual) ($P=0.001$), menor edad de la pareja ($P=0.032$) y la depresión mayor ($P=0.009$), fueron los factores que se asociaron a la disfunción sexual femenina, no obstante en el modelo de regresión logística no alcanzaron significación. (ver tablas 09 - 12)

En el análisis bivariado no hubo asociación con las variables: Menarquia, inicio de relaciones sexuales, estado marital, religión, prole, consumo de alcohol, tabaco y drogas, numero de parejas sexuales, uso de anticonceptivos orales e inyectables, antecedente de abuso sexual y la distimia. (ver tablas 09 - 12)

ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS

Con las variables significativas se realizó un modelo de asociación por medio de regresión logística binaria, luego de la cual, se encontró asociación independiente a la DSF en los siguientes factores: Uso de anticonceptivos de emergencia ($OR=1.87$, IC 95% 1,04 - 3,38, $p=0.036$), eyaculación precoz en la pareja. ($OR=2.47$, IC 95% 1,27 - 4,77, $p=0.007$), tener una mala relación de pareja, es decir, según la escala visual análoga vigesimal un puntaje menor a 15 ($OR= 0.24$, IC 95% 0.12 – 0.49, $p<0.001$) y un tiempo de relación de pareja menor a 3 años ($OR=0.025$, IC 95% 0.013 - 0.05, $p<0.001$). (ver tabla 13 y figuras 04 - 07)

TABLAS Y FIGURAS ROTULADAS

TABLA 01. POBLACIÓN DE ESTUDIO

	<i>n (%)</i> *
<i>Mujeres con actividad sexual</i>	409 (65,44)
<i>Mujeres sin actividad sexual</i>	34 (5,44)
<i>Mujeres que no han tenido coito</i>	182 (29,12)
TOTAL	625 (100)

* *n (%)*= Número de sujetos (Porcentaje)

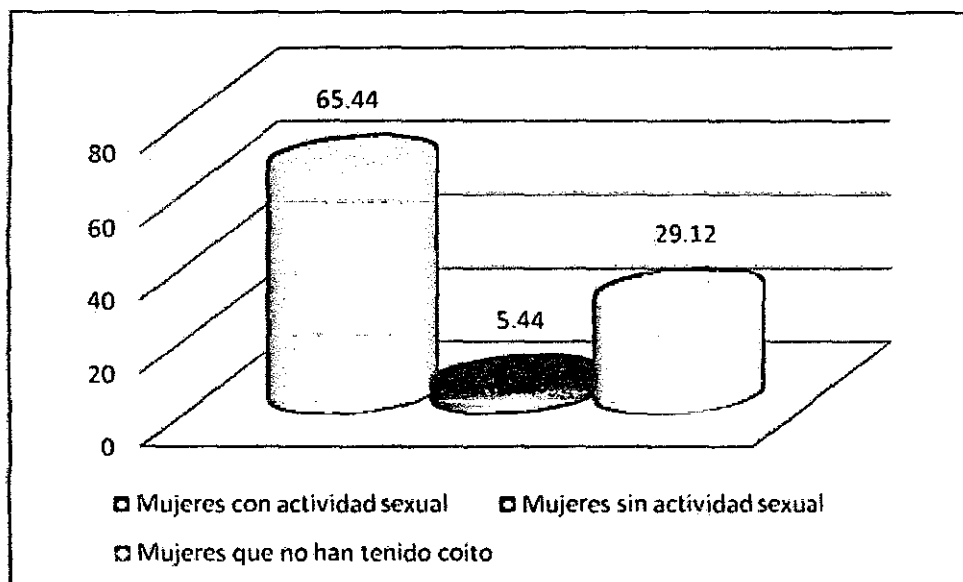
FIGURA 01. POBLACIÓN DE ESTUDIO

TABLA 02. PRÁCTICAS SEXUALES DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

	<i>Mujeres con actividad sexual (n=409)</i>	<i>Mujeres sin actividad sexual (n=34)</i>	<i>Mujeres que no han tenido coito (n=182)</i>	<i>Total</i>
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	
Masturbación	112 (27,38)	12(35,39)	19 (10,44)	143(22.88)
Sexo oral	262 (64,06)	8 (23,53)	3(1,65)	273(43.68)
Sexo anal	99 (24,21)	3 (8,82)	1(0,55)	106(16.96)

* n (%)= Número de sujetos (Porcentaje)

FIGURA 02. PRÁCTICAS SEXUALES DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

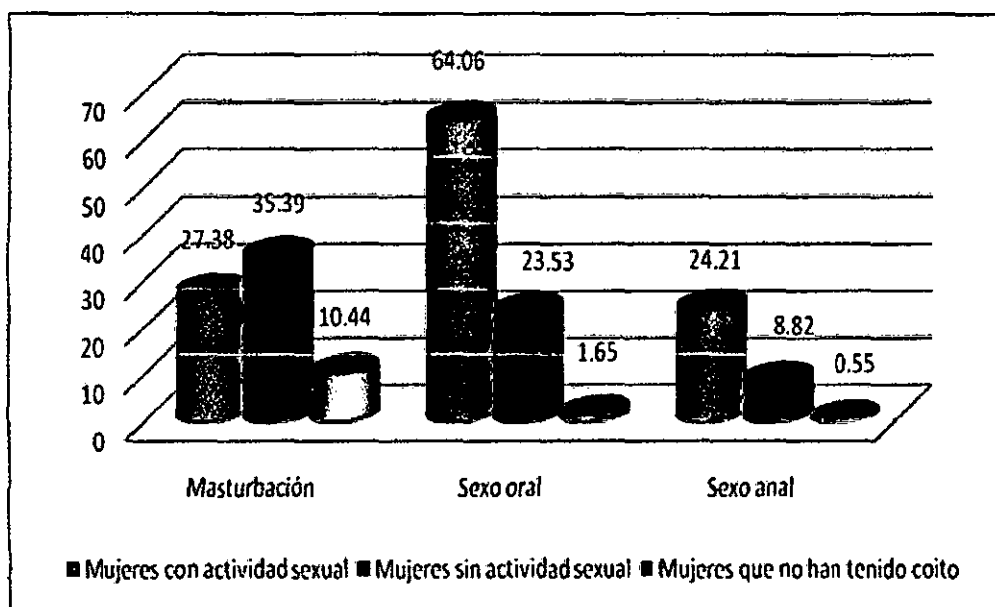


TABLA 03. FRECUENCIA MENSUAL DE PRÁCTICAS SEXUALES DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

	<i>Mujeres con actividad sexual</i> (n=409)	<i>Mujeres sin actividad sexual</i> (n=34)	<i>Mujeres que no han tenido coito</i> (n=182)
Coito	6.01+/-4.79	---	---
Masturbación	1.80+/-1.56	1.67+/-0.89	1.67+/-0.89
Sexo oral	3.24+/-3.51	3+/-2.33	1.67+/-1.15
Sexo anal	1.73+/-1.49	3+/-1.67	1+/-0

* m+/- ds= media+/-desviación estándar. Frecuencia por mes

TABLA 04. PUNTAJES TOTALES DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN LA POBLACIÓN BAJO ESTUDIO

	<i>m+/-ds*</i>	<i>Min/ Máx</i>
Deseo	3.80+/-1.02	1.2/ 6
Excitación	4.31+/-0.92	1.2 / 6
Lubricación	4.99+/-0.81	1.5/ 6
Orgasmo	4.53+/-1.05	1.2/ 6
Satisfacción	4.84+/-1.05	1.2/ 6
Dolor	4.70+/-1.07	1.2/ 6
PUNTAJE TOTAL	27.16+/-4.27	9/35.1

* m+/-ds = Media+/- desviación estándar Min/ Máx=Valor mínimo y máximo

TABLA 05. PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL GLOBAL Y POR ÁREAS EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

	n(%)
<i>Trastorno del deseo *</i>	120 (29.34)
<i>Trastorno del excitación *</i>	95 (23.23)
<i>Trastorno en la lubricación *</i>	31 (7.58)
<i>Trastorno orgásmico *</i>	119 (29.10)
<i>Insatisfacción sexual *</i>	86 (21.03)
<i>Trastorno del dolor *</i>	76 (18.58)
<i>Disfunción Sexual **</i>	163 (39.85)

* Puntaje dominio deseo IFSF ≤ 3 ; Excitación y Lubricación $\leq 3,9$; Orgasmo, Satisfacción y Dolor IFSF ≤ 4 ** IFSF $\leq 26,55$ n (%) = Número de sujetos (Porcentaje)

FIGURA 03. PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL GLOBAL Y POR ÁREAS EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

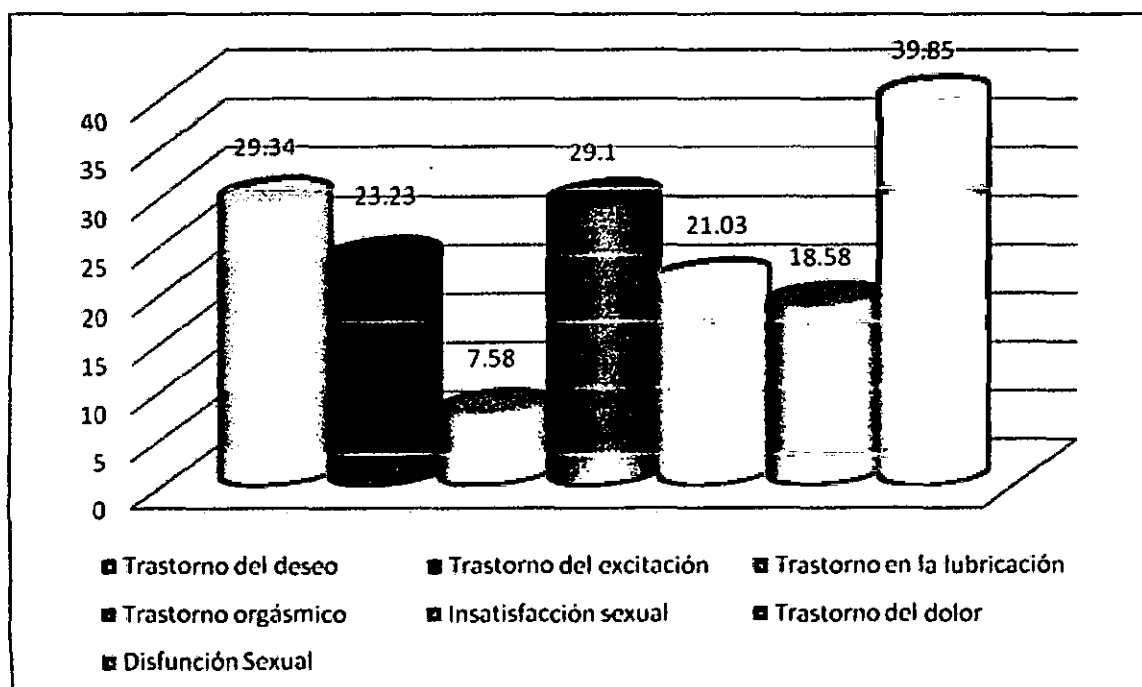


TABLA 06. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS CUANTITATIVAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

	<i>m+/-ds ♣</i>	<i>Mínimo / Máximo</i>
<i>Edad ♣</i>	22.51+/- 2.39	18 / 33
<i>Índice de masa corporal (Kg/m²)</i>	21.53+/-2.30	16.23/ 29.73
<i>Menarquia ♣</i>	12.46+/-1.31	9 / 17
<i>Inicio de relaciones sexuales</i>	18.89+/-2.20	12 / 27
<i>Tiempo de actividad sexual ♣</i>	3.62+/-2.50	0 / 16
<i>Relación de pareja (escala vigesimal)</i>	15.31+/-2.76	0 / 20
<i>Tiempo de relación de pareja (meses)</i>	36.79+/-21.94	2/98
<i>Edad de la pareja ♣</i>	25.48+/-4.55	19/ 58
<i>Diferencia de edad con pareja ♣</i>	2.97+/-4.01	-9 / 33
<i>Escala de Hamilton para la depresión</i>	10.68+/-6.77	0 / 36
<i>Frecuencia de consume de tabaco ¥ (n=41)</i>	6.44+/-4.96	1 / 21

♣Años ¥= cigarros/semana * m+/-ds = Media+/- desviación estándar

**TABLA 07. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
CATEGORIZADAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO**

	<i>n (%)</i>
<u>Estado marital</u>	
<i>Soltera</i>	338 (82.64)
<i>Casada</i>	41 (10.02)
<i>Conviviente</i>	27 (6.60)
<i>Viuda</i>	3 (0.73)
<u>IMC</u>	
<i>Bajo peso</i>	114 (27.87)
<i>Normal</i>	264 (64.55)
<i>Sobrepeso</i>	31 (7.58)
<u>Paridad</u>	
<i>Con hijos</i>	61 (14.91)
<i>Sin hijos</i>	348 (85.09)
<u>Parejas sexuales</u>	
<i>Una pareja</i>	387 (94.62)
<i>Más de una pareja</i>	22 (5.38)
<u>Religión</u>	
<i>Católico practicante</i>	173 (42.30)
<i>Católico no practicante</i>	215 (52.57)
<i>Mormón</i>	5 (1.22)
<i>Evangélico</i>	5 (1.22)
<i>Adventista</i>	1 (0.24)
<i>Sin religión</i>	10 (2.44)

n(%)= Número de sujetos (Porcentaje)

**TABLA 08. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
CATEGORIZADAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO**

	<i>n. (%)</i>
<u>Consumo de alcohol</u>	
<i>No Bebedor</i>	258 (63.08)
<i>Bebedor no problema</i>	103 (25.18)
<i>Bebedor problema</i>	48 (11.74)
<i>Consumo de sustancias psicoactivas</i>	0 (0)
<i>Consumo de tabaco</i>	41 (10.02)
<i>Antecedente de abuso sexual</i>	58 (14.18)
<i>Eyacuación precoz en la pareja</i>	108 (26.41)
<i>Disfunción eréctil en la pareja</i>	30 (7.33)
<i>Uso de anticonceptivos inyectables mensuales</i>	32 (7.82)
<i>Uso de anticonceptivos inyectables trimestrales</i>	17 (4.16)
<i>Uso de anticonceptivos orales</i>	43 (10.51)
<i>Uso de anticonceptivos de emergencia</i>	128 (31.30)
<i>Uso de DIU</i>	4 (0.98)
<i>Depresión mayor</i>	84 (20.54)
<i>Distimia</i>	36 (8.80)

n(%)= Número de sujetos (Porcentaje)

TABLA 09. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS CUANTITATIVAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

	<i>Mujeres con Disfunción Sexual n=163</i>	<i>Mujeres sin Disfunción Sexual n=246</i>	<i>ICΔm 95%</i>	<i>P</i>
	<i>m+/-ds</i>	<i>m+/-ds</i>		
Edad	22,04+/-2,48	22,81+/-2,28	0,29 a 1,25	<u>0.002</u>
Índice de masa corporal	21.09+/-2.36	21.82+/-2.22	0.28 a 1.19	<u>0.002</u>
Menarquia	12.39+/-1.49	12.51+/-1.17	-0.15 a 0.39	0.381
Inicio de relaciones sexuales	18.93+/-2.01	18.87+/-2.32	-0.48 a 0.37	0.794
Tiempo de actividad sexual (años)	3.12+/-2.23	3.95+/-2.61	0.34 a 1.32	<u>0.001</u>
Puntaje de Hamilton	12.43+/-6.88	9.66+/-6.47	-4.10 a -1.43	<u><0.001</u>
Relación de pareja	14.41+/-3.05	15.90+/-2.37	0.94 a 2.05	<u><0.001</u>
Edad de la pareja (años)	24.91+/-4.06	25.86+/-4.82	0.08 a 1.82	<u>0.032</u>
Tiempo de relación de pareja (meses)	21.21+/-13.22	47.11+/-20.44	22.63 a 29.17	<u><0.001</u>
Diferencia de edad (pareja)	2.87+/-3.56	3.04+/-4.28	-0.59 a 0.94	0.653

Φ= t de student para varianzas heterógeneas. m+/-ds= media+/-Desviación estándar.
ICΔm 95% Intervalo de confianza de la diferencia de medias

TABLA 10. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CATEGORIZADAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

	Mujeres con Disfunción Sexual n=163 n(%)	Mujeres sin Disfunción Sexual n=246 n(%)	P[⊗]
<u>Estado marital</u>			
<i>Soltera</i>	142 (87.12)	196 (79.67)	0.180
<i>Casada</i>	6.13 (10)	31 (12.60)	
<i>Conviviente</i>	6.13 (10)	17 (6.91)	
<i>Viuda</i>	1 (10)	2 (0.81)	
<u>Religión</u>			
<i>Católico practicante</i>	73 (44.79)	100 (40.65)	0.800
<i>Católico no practicante</i>	84 (51.53)	131 (53.25)	
<i>Mormón</i>	1 (0.61)	4 (1.63)	
<i>Evangélico</i>	2 (1.84)	3 (1.22)	
<i>Adventista</i>	3 (1.23)	1 (0.41)	
<i>Sin religión</i>	0 (0.00)	2.85 (7)	
<u>IMC</u>			
<i>Bajo peso</i>	58 (35.58)	56 (22.76)	<u>0.013</u>
<i>Normal</i>	96 (58.90)	168 (68.29)	
<i>Sobrepeso</i>	9 (5.52)	22 (8.94)	
<u>Paridad</u>			
<i>Con hijos</i>	141 (86.50)	207 (84.15)	0.512
<i>Sin hijos</i>	22 (13.50)	15.85 (39)	
<u>Parejas sexuales</u>			
<i>Una pareja</i>	154 (94.48)	233 (94.72)	0.917
<i>Más de una pareja</i>	9 (5.52)	13 (5.28)	

n(%)= Número de sujetos (Porcentaje) ⊗ p: ji cuadrada

**TABLA 11. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
CATEGORIZADAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO**

	Mujeres con Disfunción Sexual n=163 n(%)	Mujeres sin Disfunción Sexual n=246 n(%)	P ⊗
<u>Consumo de alcohol</u>			
<i>Bebedor problema</i>	98 (60.12)	160 (65.04)	0.383
<i>Bebedor no problema</i>	11.04 (28.83)	56 (22.76)	
<i>No Bebedor</i>	18 (47)	12.20 (30)	
<i>Consumo de tabaco</i>	20 (12.27)	21 (8.54)	0.218
<i>Antecedente de abuso sexual</i>	22 (13.50)	36 (14.63)	0.747
<i>Eyacuación precoz en la pareja</i>	57 (34.97)	51 (20.73)	<u>0.001</u>
<i>Disfunción eréctil en la pareja</i>	20 (12.27)	10 (4.07)	<u>0.002</u>
<i>Uso de anticonceptivos inyectables mensuales</i>	8 (4.91)	24 (9.76)	0.074
<i>Uso de anticonceptivos inyectables trimestrales</i>	7 (4.29)	10 (4.07)	0.909
<i>Uso de anticonceptivos orales</i>	14 (8.59)	29 (11.79)	0.302
<i>Uso de anticonceptivos de emergencia</i>	66 (40.49)	62 (25.20)	<u>0.001</u>
<i>Uso de DIU</i>	0 (0.00)	4 (1.63)	0.102
<i>Depresión mayor</i>	44 (26.99)	40 (16.26)	<u>0.009</u>
<i>Distimia</i>	18 (11.04)	18 (7.32)	0.193

n(%)= Número de sujetos (Porcentaje) ⊗ p: ji cuadrada

TABLA 12. PRÁCTICAS SEXUALES Y PRESENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES EN ESTUDIO

	<i>Mujeres con Disfunción Sexual n=163 n(%)</i>	<i>Mujeres sin Disfunción Sexual n=246 n(%)</i>	<i>OR (IC95%)</i>	<i>P[⊙]</i>
<i>Sexo oral</i>	91 (55,83%)	171 (69,51)	0,55 (0,36 a 0,85)	<u>0.0047</u>
<i>Sexo anal</i>	30 (18,40)	69 (28,05)	0,58 (0,34 a 0,96)	<u>0,02</u>
<i>Masturbación</i>	38 (23,31%)	74 (30,08)	0,71 (0,44 - 1.14)	0.1329

n(%)= Número de sujetos (Porcentaje) ⊙ p: ji cuadrada

∫ OR IC 95%: razón de odds (odds ratio) e intervalo de confianza al 95%.

TABLA 13. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES EN ESTUDIO: MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

	<u>Análisis bivariado</u>		<u>Análisis multivariado</u>		
	OR (IC95%)	p [♣]	B	OR (IC95%)	p [⊗]
IMC <18.5Kg/m ²	1.87 (1.18 a 2.97)	0,005	No significativo		
Depresión mayor	1.90 (1.14 a 3.18)	0.0085	No significativo		
Edad <23años	0.45 (0.29 a 0.69)	0.0001	No significativo		
Experiencia sexual <3años	9.50 (0.33 – 0.77)	0.0009	No significativo		
Edad de pareja <25años	1.94 (1.27 a 2.96)	0.0011	No significativo		
Sexo oral	0.55 (0.36 a 0.85)	0.0047	No significativo		
Disfunción eréctil	0.30 (1.42 a 8.11)	0.0018	No significativo		
Eyacuación precoz	2.06 (1.28 a 3.29)	0.001	0.90	2.47 (1.27 – 4,77)	<u>0.007</u>
Anticoncepción de emergencia	2.02 (1.29 - 3.16)	0.001	0,63	1,87 (1,04 - 3,38)	<u>0,036</u>
Relación sentimental ≥3años	0.03 (0.016 - 0.06)	<0.001	-3.68	0.025 (0.013 - 0.05)	<u><0.001</u>
Buena relación de pareja (EVA≥15)	0.36 (0.21 - 0.59)	<0.001	-1.42	0.24 (0.12 – 0.49)	<u><0.001</u>

Test de Bondad de ajuste:

Pearson chi²(11) = 11.64

Prob > chi² = 0.3908

♣ p: ji cuadrada ⊗ Modelo regresión logística de asociación

♣ OR IC 95%: razón de odds (odds ratio) e intervalo de confianza al 95%.

FIGURA 04. TIEMPO DE RELACIÓN SENTIMENTALES EN MESES DE ACUERDO EN CASOS Y CONTROLES

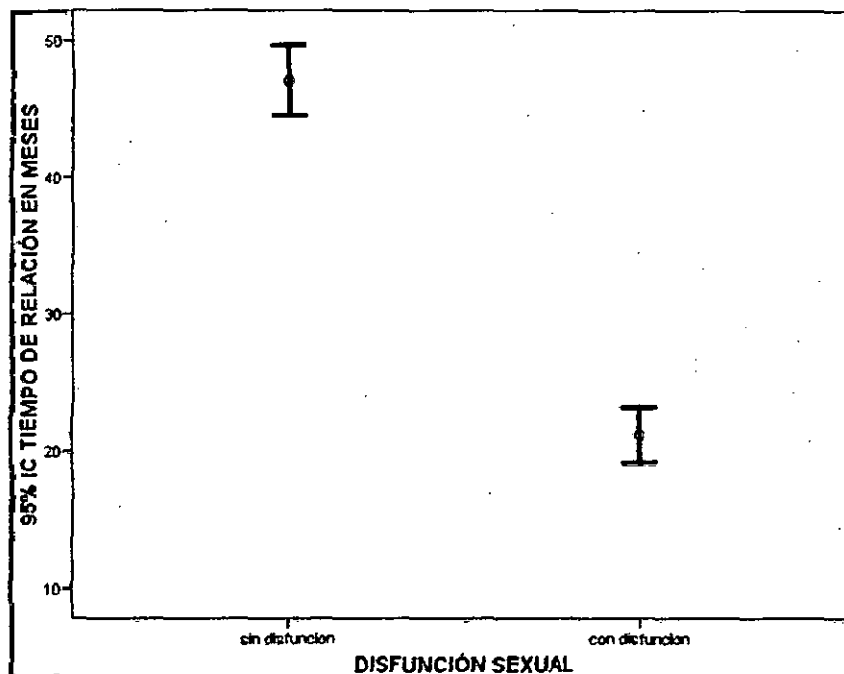


FIGURA 05. PUNTUACION DE RELACIÓN DE PAREJA DE ACUERDO EN CASOS Y CONTROLES

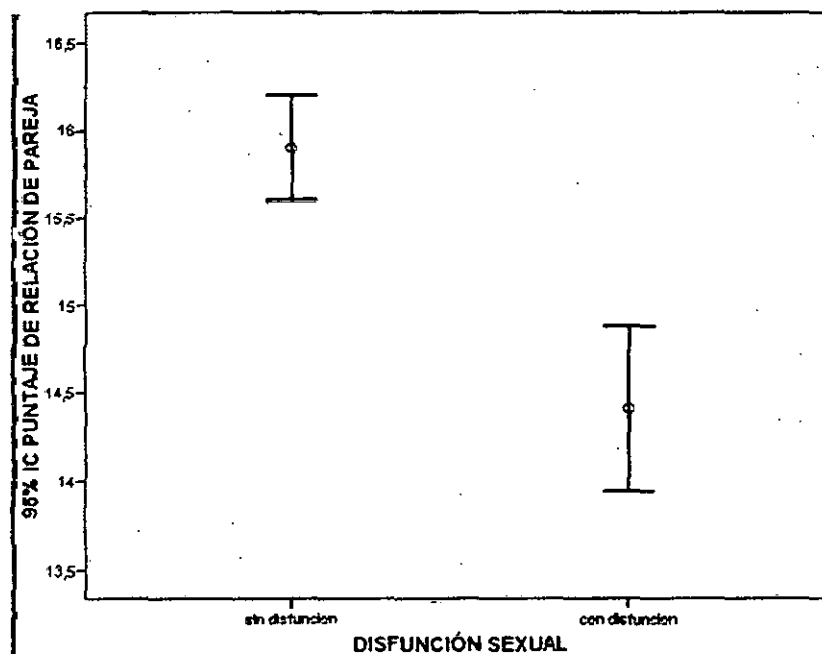


FIGURA 06. DISTRIBUCION DE CASOS DE DISFUNCION SEXUAL FEMENINA SEGÚN EYACULACION PRECOZ DE LA PAREJA

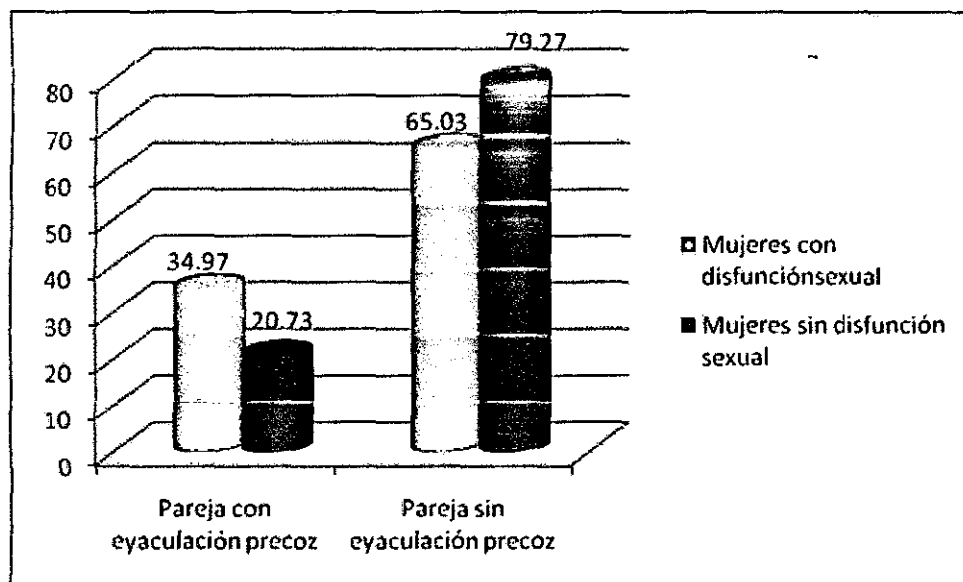
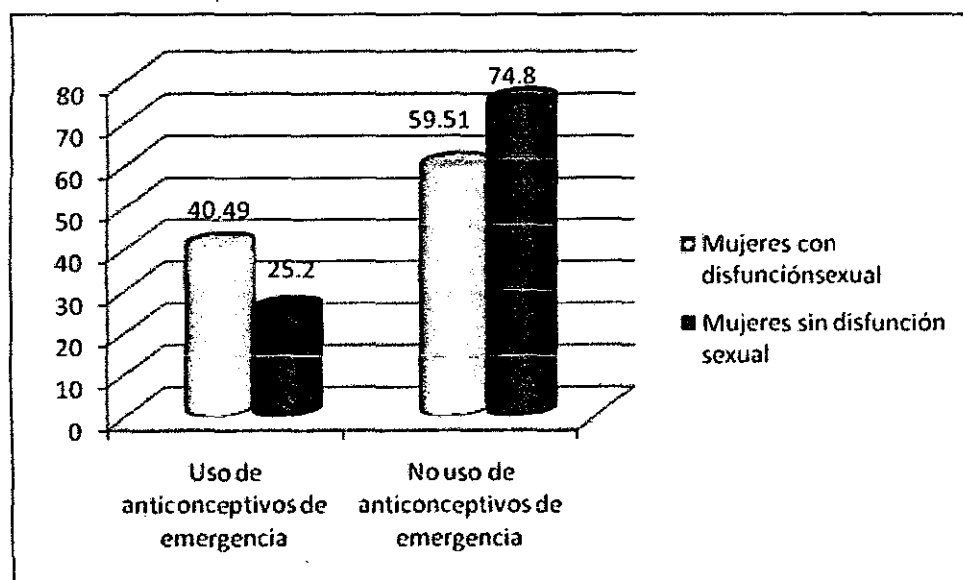


FIGURA 07. DISTRIBUCION DE CASOS DE DISFUNCION SEXUAL FEMENINA SEGÚN EL USO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA



V. DISCUSION

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales que forman parte permanente del individuo ⁽⁴⁴⁾. La actividad sexual es algo natural, sin embargo, un porcentaje alto de personas, en algún momento de su vida, relata presentar alguna alteración y, como consecuencia, no pueden disfrutar de una vida sexual satisfactoria. ⁽⁴⁵⁾ La disfunción sexual femenina es un problema multidimensional, donde se mezclan la biología de la persona, la psicología y las relaciones interpersonales ⁽⁴⁶⁾.

Poco se ha investigado sobre disfunciones sexuales en nuestra región. El primer y único estudio acerca de las disfunciones sexuales en Piura fue realizado por Mezones y cols. quien recurrió a un grupo de comparación de mujeres sanas, pero posmenopáusicas ⁽³⁹⁾, mas no existen estudios en mujeres jóvenes. Laumann y cols. en un amplio estudio en EE.UU, encontró que la frecuencia de disfunciones sexuales (a excepción del trastorno del dolor) disminuía con la edad; encontrándose altas tasas de prevalencia de DS en mujeres jóvenes (entre los 18 y 29 años). ⁽²⁵⁾

En términos generales nuestros resultados concuerdan con las cifras internacionales en relación a la prevalencia de la disfunción sexual y algunos de sus tipos. Es notable la alta prevalencia de disfunción sexual femenina obtenida en mujeres jóvenes, de 39.85% similar a lo encontrado por Oksuz y cols. (41% en mujeres entre los 18 y 30 años en Turkia) quien uso el mismo instrumento de evaluación (IFSF) ⁽²⁹⁾ y Nazareth (40% en mujeres entre los 18 y 75 años en Londres) ⁽³¹⁾.

Asimismo, la puntuación media del IFSF en las mujeres estudiadas ha sido de 27.16 ± 4.27 , muy semejante al hallado por Blumel y cols. (en mujeres chilenas de 20 a 24 años, que fue de 27.5 ± 5.6)⁽¹⁶⁾ y Pérez y cols. (en mujeres españolas de 18 a 23 años: 28,8 y de 24 a 29 años: 27,5)⁽³²⁾

Las dos primeras disfunciones sexuales femeninas más frecuentes fueron el trastorno del deseo sexual (29.34%, 120) y el trastorno orgásmico (29.10%, 119) si bien es cierto en múltiples estudios realizados en Asia, Europa y Latinoamérica la prevalencia de los mismos varía y difiere a la encontrada en el presente estudio (trastorno del deseo sexual: 13 – 54,2% y trastorno orgásmico: 10,4 – 42,7%) coinciden en que éstas son las disfunciones sexuales más prevalentes^(16,25,29-31,34,36-37,47), es importante saber las implicancias de esta alta prevalencia, así, la disminución gradual del deseo sexual puede llegar a ocasionar una fuerte aversión hacia todo lo relacionado con el sexo en general y con el sexo opuesto en lo particular, llegando incluso a sentir verdadero rechazo hacia el acto sexual⁽⁴⁸⁾

Por otro lado, en el 18.58% (76) de las mujeres estudiadas se detectó trastorno del dolor. Cifra semejante fue encontrada por Pérez-Martínez en mujeres mexicanas entre los 17 y 49 años (18,18%) en el que se usó el mismo instrumento de medición (IFSF)⁽³⁵⁾. Cabe recalcar que se evaluó como trastorno del dolor sin hacer la diferenciación entre dispareunia y vaginismo, debido a que éstos se presentan de manera concatenada: una dispareunia a repetición, frecuentemente conlleva a un vaginismo y el vaginismo per se puede ser un factor causal en la dispareunia⁽⁴⁹⁾. La interacción entre los ambos cuadros se describe como un ciclo en el que

participan la ansiedad anticipatoria al dolor y la ansiedad como síntoma propio ⁽⁵⁰⁾

En cuanto al trastorno de la excitación e insatisfacción sexual reportados en esta investigación; 23.23% (95) y 21.03%(86), varió escasamente de lo encontrado en el anterior estudio descrito, con prevalencias de 27,27% y 25%, respectivamente ⁽³⁵⁾. En cuanto al trastorno de la lubricación vaginal, el cual ha resultado la disfunción sexual de menor prevalencia (7.58%, 31), no se han reportado cifras similares en los pocos estudios que evalúan este tipo de disfunción. ^(25,29,30,35) No obstante, Laumann y cols. también lo reportaron como la disfunción sexual menos prevalente ⁽²⁵⁾. Está comprobado que la lubricación vaginal está relacionada con las concentraciones normales de estrógenos circulantes, que al disminuir, como ocurre a medida que la edad aumenta, tiene efectos directos en la vagina, la cual se acorta y estrecha. Las paredes vaginales pueden mostrar pequeñas petequias y hacerse más delgadas, menos elásticas y los pliegues rugosos se alisan progresivamente, aunque las glándulas se mantienen prominentes su secreción disminuye y se retarda el inicio de la lubricación durante la estimulación sexual ⁽⁵¹⁾.

En cuanto a la etiología de las disfunciones sexuales, la multicausalidad es frecuente y comprende una amplia variedad de factores. En nuestro estudio, la depresión mayor, el IMC bajo, la falta de práctica de sexo oral y sexo anal, la disfunción eréctil en la pareja, el menor tiempo de actividad sexual y menor edad de la pareja fueron los factores que se asociaron a la disfunción sexual femenina, no obstante en el modelo de regresión logística no alcanzaron significación.

Como vimos anteriormente, los factores que se asociaron de manera independiente a la DSF fueron: El uso de anticonceptivos de emergencia, eyaculación precoz en la pareja, tener una mala relación de pareja, es decir, según la escala visual análoga vigesimal un puntaje menor a 15 y un tiempo de relación de pareja menor a 3 años.

El uso de anticonceptivos hormonales de emergencia no han sido estudiados en su relación con la disfunción sexual femenina, pero sí, el uso de anticonceptivos orales, pues, existen evidencias que estrógenos sintéticos, en la forma de anticonceptivos orales, disminuyen los niveles circulantes de testosterona libre cuya subsecuente conversión intracelular a estradiol facilita comportamiento sexuales reproductivos ⁽²⁵⁾, no obstante esto ha sido comprobado con su administración prolongada. Por tanto no se puede inferir en que dicha asociación encontrada tenga una explicación a través de un mecanismo hormonal, debido a la modalidad de administración (monodosis, postcoito), jugarían en esta asociación bases más que todo psicológicas como el miedo al embarazo.

El factor que apareció con mayor fuerza deteriorando la sexualidad en nuestro modelo de regresión logística fue la eyaculación precoz en la pareja, la cual representa la disfunción sexual más común en varones menores de 40 años. Su prevalencia estimada en población general presenta gran variabilidad (4 a 39%) debido a que la gran mayoría de los estudios de prevalencia aplican definiciones no validadas o muestran graves falencias en su metodología ⁽¹⁸⁾. No obstante, tomamos el parámetro operacional diseñado por Waldinger et al, el cual utiliza el concepto de latencia eyaculatoria intravaginal definida como el tiempo (<1 minuto) entre

el inicio de la penetración y la eyaculación intravaginal ⁽⁷⁰⁾. Un reciente estudio multicéntrico a nivel de Latinoamérica, desarrollado por Blumel y cols. encontró que las DS masculinas (la disfunción eréctil y la eyaculación precoz) aumentan perceptiblemente el riesgo para las DSF ⁽¹⁷⁾. De esta manera, vemos como la pareja ejerce una influencia importante sobre sexualidad femenina. Éste es un hallazgo muy substancial, pues la DS masculina es un factor modificable, por lo que con una terapia apropiada a la pareja se podría mejorar perceptiblemente sexualidad femenina.

Existen múltiples estudios en los que se asocia la relación de pareja y DSF. Guibert y cols. encontraron una asociación significativa entre la deficiente comunicación con la pareja y la disfunción sexual femenina ⁽³⁴⁾, de la misma manera; Sanchez-Bravo y cols. desarrollaron un estudio de la asociación entre la comunicación marital y el estilo de la comunicación con las DSF, concluyendo que un buen nivel de comunicación marital en todas sus dimensiones es un indicador del buen funcionamiento marital, teniendo un mayor peso la comunicación relacionada con el trabajo, siendo la misma un factor fuertemente asociado a DSF. ⁽⁵³⁾ Asimismo, Blumel y cols. notaron que el tener una pareja estable actuaría como un factor protector de disfunción sexual ⁽¹⁶⁾. Otro estudio, realizado por Charna y cols., encontraron una relación estadísticamente significativa entre deseo sexual inhibido y la pobre satisfacción con la relación de pareja. ⁽⁴¹⁾ También, Witting y cols. hallaron asociación entre la DSF y la incompatibilidad con la pareja ⁽⁴⁷⁾. Pese a no haber utilizado un instrumento validado, y que las mediciones con respecto a esta área, de alguna manera, pasan por la subjetividad de las participantes, consideramos que la relación de pareja tiene una mutua asociación con las DSF, debido a que ésta

a su vez, puede ser vista como un factor en la génesis de DSF o como producto de las mismas. Tomando en consideración lo obtenido, debemos comprender la complejidad de la pareja como sistema, entendiéndose que la sexualidad no es un fenómeno personal, más aún, implica la interacción entre dos sujetos, por lo que se hace necesario prestar siempre atención a cada uno de los actores involucrados y al tipo de dinámica que establecen.

Como limitación del estudio tenemos que, se trata de un estudio de corte transversal y, por lo tanto, no podemos asumir el criterio de casualidad, mas si de asociación.

Podríamos concluir, señalando que nuestro estudio encuentra una significativa prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres jóvenes universitarias. Pareciera que la relación de pareja influye significativamente en la sexualidad tanto en el tiempo de relación como la cercanía sentimental. El uso de anticonceptivos de emergencia en el cual podrían estar implicados estresores psicológicos como el miedo al embarazo, puede afectar aún más la sexualidad. Si a esto agregamos los problemas de eyaculación precoz de la pareja (frecuentes en menores de 40 años), no es sorprendente que un grupo importante de mujeres jóvenes tengan disfunciones sexuales.

Desde esta perspectiva, la sexualidad es parte importante en la calidad de vida, un concepto que debiera ser siempre tomado en cuenta por todo médico; y por lo tanto un área prioritaria de estudio y tratamiento de la mujer.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Nuestro estudio encontró una alta prevalencia (39.85%) de disfunciones sexuales en las mujeres jóvenes universitarias.
- ✓ La puntuación global del Índice de Función Sexual Femenina fue de 27.16 ± 4.27 y por dominios fueron: Deseo (3.80 ± 1.02), excitación (4.31 ± 0.92), lubricación (4.99 ± 0.81), orgasmo (4.53 ± 1.05), satisfacción (4.84 ± 1.05), dolor (4.70 ± 1.07).
- ✓ El trastorno del deseo sexual es el trastorno más frecuente seguido del trastorno orgásmico. La lubricación es el área menos afectada en todas las mujeres estudiadas.
- ✓ La menarquia, inicio de relaciones sexuales, estado marital, religión, prole, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, numero de parejas sexuales, uso de anticonceptivos orales e inyectables, antecedente de abuso sexual y la Distimia, no exhibieron asociación alguna con la presencia de disfunciones sexuales femeninas.
- ✓ En el análisis bivariado: La Depresión mayor, el IMC bajo, la falta de práctica de sexo oral y sexo anal, la disfunción eréctil en la pareja, el menor tiempo de actividad sexual y menor edad de la pareja fueron los factores que se asociaron a la disfunción sexual femenina, no obstante en el modelo de regresión logística no alcanzaron significación.
- ✓ Los factores que se asociaron de manera independiente a la DSF fueron: El uso de anticonceptivos de emergencia, eyaculación precoz en la pareja, tener una mala relación de pareja y un tiempo de relación de pareja menor a 3 años.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Este trabajo plantea una tarea muy importante a los médicos en lograr una mejor relación médico paciente, para que, tanto el médico pueda indagar y explorar el área sexual, como para que la paciente pueda fácilmente comunicar sus problemas en lo que se refiere a esta área.
- ✓ Debe ser considerado dentro de la historia clínica la evaluación y exploración del área sexual.
- ✓ El Índice de Función sexual femenina (IFSF) podría surgir como un instrumento auxiliar de utilidad y aplicabilidad en la consulta médica para analizar la salud sexual en las mujeres de forma sencilla y relativamente rápida, puesto que la utilización de un cuestionario autoadministrable favorece la sinceridad en las respuestas al preservar su intimidad.
- ✓ Ante una mujer con disfunción sexual en la atención primaria, se debe indagar acerca de conflictos vitales, personales o de pareja y realizar un abordaje integral.
- ✓ Implementar programas de atención sexual a la mujer y su pareja en los primeros niveles de atención a fin de obtener un reconocimiento oportuno de los trastornos que afectan esta área y permitan una adecuada intervención para solucionarlos.
- ✓ Ejecutar investigaciones prospectivas y longitudinales incluyendo examen físico ginecológico, test validado para la evaluación de la relación de pareja.
- ✓ Extender el presente estudio a un carácter multicéntrico en nuestra región.

VIII. ANEXOS

- ✓ ANEXO 01: FICHA DE SELECCIÓN
- ✓ ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
- ✓ ANEXO 03: ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA
- ✓ ANEXO 04: *ESCALA BREVE DE BEBER ANORMAL. (TEST DE EBBA)*
- ✓ ANEXO 05: ESCALA HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAM-D)
- ✓ ANEXO 06: ESCALA DE EVALUACIÓN DE TRASTORNO DISTÍMICO
- ✓ ANEXO 07: SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS.



"Disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de una universidad pública del norte del Perú: Estudio de casos y controles"

FICHA DE SELECCIÓN

CODIGO:

Correo electrónico:

EDAD:

AÑOS

PESO:

Kg.

TALLA:

M.

Marcar (X) en el recuadro en el caso de padecer de alguna de las siguientes enfermedades o recibir algún tratamiento:

Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca o haber sido operada del corazón en el último años	<input type="checkbox"/>
Lesión neurológica	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>
Lupus u otra afección invalidante	<input type="checkbox"/>
Neoplasia maligna, tratamiento quimioterapia o radioterapia	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal, tratamiento con hemodiálisis o diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/>
Uso de medicamentos tranquilizantes, para dormir o como tratamiento para alguna afección psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento en los últimos seis meses de familiares de primer grado (madre, padre, hijo, hermano, esposo)	<input type="checkbox"/>

ANEXO 02

Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta posible.
 Marcar (X) en el recuadro o llenar los espacios en blanco.

¿Cuál es tu estado civil?	Soltera	
	Casada	
¿Qué religión profesas?	Conviviente	
	Católico	Practicant
		No practicante
	Mormón	
	Evangélico	
	Testigo de Jehová	
	Adventista	
	Otros	
	Sin religión	
¿A qué edad fue tu primera menstruación?	A los _____ años	
¿Tienes hijos? ¿Cuántos hijos tienes?	Tengo _____ hijos	
¿A qué edad fue tu primera relación sexual (con penetración vaginal)?	A los _____ años	
¿Con qué frecuencia mantienes relaciones sexuales (con penetración vaginal)?	_____ veces al mes	
¿Alguna vez te has masturbado? ¿Con qué frecuencia lo haces?	_____ veces al mes	
SI _____ NO _____		
¿Alguna vez has practicado sexo oral? ¿Con qué frecuencia lo haces?	_____ veces al mes	
SI _____ NO _____		
¿Alguna vez has practicado sexo anal? ¿Con qué frecuencia lo haces?	_____ veces al mes	
SI _____ NO _____		
¿Con cuántas personas diferentes mantienes relaciones sexuales en los últimos seis meses?	_____ personas	
¿Qué edad tiene tu pareja sexual actual?	_____ años	
Del 0 al 20. ¿Qué calificación le pones a tu relación de pareja?	_____	
¿Cuánto tiempo de relación llevas con tu pareja sexual actual?	_____ años y _____	

¿Fumas tabaco? ¿Con qué frecuencia? SI _____ NO _____	_____ cigarros a la .
¿Consumes algún tipo de droga? SI _____ NO _____	Marihuana Cocaína Éxtasis Otros
¿Usas anticonceptivos orales (píldoras diarias)?	Si No
¿Usas anticonceptivos inyectables mensuales?	Si No
¿Usas anticonceptivos inyectables trimestrales?	Si No
¿Usas anticonceptivos de emergencia ("la píldora del día siguiente")?	Si No
¿Usas algún dispositivo intrauterino ("la T de cobre")	Si No
¿Alguna vez una persona o familiar ha intentado abusar sexualmente de ti?	Si No
¿Alguna vez tu pareja sexual ha tenido eyaculación precoz?	Si No
¿Alguna vez tu pareja ha tenido disfunción eréctil?	Si No

ANEXO 03

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: Se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: Se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: Incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque con **x** sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual: Es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

Excitación sexual: Es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)

- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alta confianza
- ☐ Alta confianza
- ☐ Moderada confianza
- ☐ Baja confianza
- ☐ Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre la mantengo
- ☐ La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- ☐ A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

ANEXO 04

<i>ESCALA BREVE DE BEBER ANORMAL (Test de EBBA)</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
1. ¿Ha tenido problemas con su pareja como consecuencia del consumo del alcohol?		
2. ¿Ha perdido amigos a causa del consumo del alcohol?		
3. ¿Siente ganas de disminuir lo que toma?		
4. ¿Hay ocasiones que sin darse cuenta termina tomando más de lo que piensa?		
5. ¿Ha tenido ganas de tomar alcohol por las mañanas?		
6. ¿Ha olvidado al despertar, lo ocurrido después de haber bebido la noche anterior?		
7. ¿Le molesta que le critiquen por la forma en que toma?		

ANEXO 05

ESCALA HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAM-D)

	Nada	Un poco	Regular-moderado	Mucho	Sumamen o demasia
1. ¿Cómo está usted de deprimido(a)?					
2. ¿Se siente culpable de las cosas que ha hecho o pensado?					
3. ¿Ha perdido interés en su trabajo, estudios o pasatiempos?					
4. ¿Le parece que es usted más lento(a) que su velocidad habitual?					
5. ¿Se siente ansioso(a), angustiado(a) o tenso(a)?					
6. ¿Le preocupa que podría padecer una enfermedad grave como cáncer o venérea?					
7. ¿Ha perdido peso recientemente aparte de las dietas?					
8. ¿Le cuesta más tiempo dormirse?					
	No	A veces	Siempre		
9. ¿Duerme a ratos o se despierta a menudo?					
10. ¿Se despierta antes de lo habitual y luego no puede conciliar el sueño?					
11. ¿Sufre de algún síntoma físico?					
12. ¿Ha perdido interés en el sexo?					
13. ¿Está peor temprano por las mañanas pero mejora a medida que pasa el día?					
	NO	SI			
14. ¿Le encuentra sentido a la vida?					
15. ¿Ha pensado en poner fin a todo?					
16. ¿Ha hecho planes para quitarse la vida?					
17. ¿Ha intentado o intenta quitarse la vida?					

ANEXO 06

ESCALA DE EVALUACIÓN DE TRASTORNO DISTÍMICO

Encerrar en un círculo cada respuesta.

Si la pregunta B1 es NO, ya no debe seguir contestando. Si es SI, continuar.

Si la pregunta B2 es SI, ya no debe seguir contestando. Si la respuesta es NO, continuar.

(La pregunta B2 se refiere si durante 60 días ó más tiempo, UD ha estado completamente bien, sin días o semanas con angustia o depresión)

B1	¿En los últimos dos años se ha sentido triste, desanimado(a), o deprimido al mayor parte del tiempo?	NO	SI
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de dos meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SI
B3	DURANTE ESTE PERÍODO EN EL QUE SE SINTIÓ DEPRIMIDO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO: a) ¿Cambió su apetito notablemente? b) ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? c) ¿Se sintió cansado o sin energía? d) ¿Perdió la confianza en sí mismo? e) ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? f) ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? ¿CODIFICÓ SÍ EN DOS O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO NO NO NO NO NO NO	SI SI SI SI SI SI SI
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	NO	SI
		TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

ANEXO 07

"Disfunción sexual femenina en estudiantes de pregrado de una universidad pública del norte del Perú: Estudio de casos y controles"

**Siglas y abreviaturas
utilizadas**

AAP: Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-10: Décima Edición del Código Internacional de Enfermedades

Col. : Colaboradores

DE: Disfunción eréctil.

DS: Disfunciones sexuales.

DSF: Disfunciones sexuales femeninas

DSM-IV: Cuarta edición del manual estadístico de enfermedades mentales.

IFSF: Índice de Función Sexual Femenina

IMC: Índice de masa corporal

IMAO: Inhibidores de la monoaminoxidasa

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

IRCT: Insuficiencia renal crónica terminal

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds ratio

RSF: Respuesta sexual femenina

TS : Trastornos sexuales

IX. RESUMEN

Las disfunciones sexuales son problemas poco estudiados sobre todo en la población femenina joven, sin embargo, son de alta importancia dada su repercusión sobre la calidad de vida de las personas. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de la disfunción sexual femenina (DSF) y los factores asociados a ésta en mujeres estudiantes de pregrado de una universidad pública del norte del Perú. Se realizó un estudio de casos y controles anidado a un corte transversal. Se usó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) para identificar la presencia de DSF, se definió como caso a aquellas mujeres con puntajes iguales o inferiores a 26,55. Asimismo, se evaluaron características sociodemográficas, ginecoobstétricas y de la pareja. Se entrevistaron 625 mujeres de las cuales 409 tenían actividad sexual. La puntuación promedio del IFSF fue de 27.16 ± 4.27 . Se encontró una prevalencia de DSF de 39,85%, siendo el trastorno del deseo (29,34%) y orgásmico (29,1%) los más frecuentes, el trastorno de la excitación se presentó en el 23,23%, el trastorno en la lubricación en sólo el 7,58%, la insatisfacción sexual 21.03% y trastorno del dolor 18.58%. Al efectuarse un análisis multivariado se encontró que el uso de anticonceptivos de emergencia ($OR=1,87$), la eyaculación precoz ($OR= 2,47$), la buena relación de pareja ($OR=0,24$) y el mayor tiempo de relación de pareja ($OR=0,25$) se asocian con la DSF. Concluimos, que la prevalencia de DSF en esta población es alta y obedece a factores propios de la mujer y de la pareja sexual masculina.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina, mujeres jóvenes, eyaculación precoz, anticoncepción de emergencia.

**"FEMININE SEXUAL DISFUNCIÓN IN STUDENTS OF
PRERDEGREE OF A PUBLIC UNIVERSITY OF THE NORTH OF THE
PERU: STUDY OF CASES AND CONTROLS "**

N.C. Escajadillo Vargas

X. ABSTRACT

The sexual disfunciones are problems little studied mainly in the young feminine population, nevertheless, are of high importance given their repercussion on the quality of life of the people. The objective of the present study is to know the associated prevalence of the feminine sexual disfunción (DSF) and factors this one in women students predegree a public university the north Peru. A study of cases and controls nested to a cross section was made. The Index of Funcio'n Sexual Femenina was used (IFS F) to identify the DSF presence, it was defined as case to those women with equal or inferior puntajes to 26.55. Also, sociodemográficas, ginecoobstétricas characteristics were evaluated and of the pair. 625 women entrevistaron themselves of who 409 had sexual activity. The score average of the IFS F was of 27.16 ± 4.27 . Was a prevalence of DSF of 39.85%, being the upheaval of desire (29,34%) and orgásmico (29,1%) most frequent, the upheaval of the excitation appeared in 23.23%, the upheaval in the lubrication in only 7.58%, 21,03% sexual dissatisfaction and upheaval of pain 18,58%. When taking place a multivaried analysis was that the use of contraceptives of emergency ($OR=1,87$), the precocious eyaculación ($OR = 2.47$), the good relation of pair ($OR=0,24$) and the greater time of pair relation ($OR=0,25$) they are associated with the DSF. Concluimos, that the prevalence of DSF in this population is high and obeys to own factors of the woman and the masculine sexual pair.

Key words: Feminine sexual Disfunción, young women, precocious eyaculación, contraception of emergency.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Word Health Organization (WHO). Sexual health-a new focus for WHO. Progress in reproductive health research. Issue 67 – 2005.
2. Word Health Organization. Defining sexual health. Report of technical consultation of sexual health, 28 – 31 January 2002. Geneva.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud reproductiva en las Américas. – Washington; O.P.S/O.M.S., 1992.
4. Guillermo Vidal, Renato Alarcón, Fernando Lolas. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. España. 1995, 1240 -46.
5. Renato Alarcón, Guido Mazzotti, Humberto Nicolini. Sexología y trastornos sexuales. En: Psiquiatría. Washington 2005. 2da edición. OPS/Editorial Manual Moderno. 579 – 607.
6. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. y Gebhard, P. H. (1967). Conducta sexual de la mujer. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
7. DeCherney A y Nathan L. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Editorial el Manuel Moderno. Octava edición. 2003. México. Pp1196- 1203.

8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnoses criteria research. Geneva, 1993.
10. Rosemary Basson. Human sex-response cycles. *Journal Sex Marital Ther.* 2001; 27: 33-43.
11. Rosemary Basson. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal.* 2005 May 10; 172(10): 1327-1333.
12. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergusson D, Fourcroy J. et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-93.
13. Meston CM. *J Sex Marital Ther.* 2003 Jan-Feb; 29(1):39-46. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder.
14. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28 Suppl 1:155-64.

15. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun; 26(2):191-208.

16. Blumel M, Juan Enrique et al. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* [online]. 2004, vol. 69, no. 2, pp. 118-125.

17. Blumel et al. Sexual dysfunction in middle aged women: A Multicentre Latin American study using The Female Sexual Function Index. Collaborative Group for Climacteric Research in Latinamerica (REDLINC). (IN PRESS)

18. Jeffrey Simons, Ph.D. and Michael P. Carey, Ph.D. Prevalence of Sexual Dysfunctions. *Results from a Decade of Research.* *Arch Sex Behav.* 2001 April; 30(2): 177–219.

19. Ernst, C; Foldenyi, M; Angst, J. The Zurich Study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1993; 243: 179–188.

20. Lindal, E; Stefansson, JG. The lifetime prevalence of psychosexual dysfunction among 55 to 57-year-olds in Iceland. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1993; 28:91–95.

21. Ventegodt, S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch. Sex. Behav.* 1998; 27:295–307.
22. Goldmeier, D; Keane, FE; Carter, P; Hessman, A; Harris, JR; Renton, A. Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. *Int. J. STD AIDS.* 1997; 8:303–306.
23. Jindal, UN; Dhall, GI. Psychosexual problems of infertile women in India. *Int J Fertil.* 1990; 35:222–225.
24. Fugl-Meyer, AR; Sjogren Fugl-Meyer, K. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol.* 1999;3:79–105.
25. Edward O. Laumann, PhD; Anthony Paik, MA; Raymond C. Rosen, PhD. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *Journal of the American Medical Association (JAMA).* 1999; 281:537-544.
26. Chandraiah, S; Levenson, JL; Collins, JB. Sexual dysfunction, social maladjustment, and psychiatric disorders in women seeking treatment in a premenstrual syndrome clinic. *Int. J. Psychiatry Med.* 1991; 21:189–204.
27. Moody, GA; Mayberry, JF. Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease. *Digestion.* 1993; 54:256–260.

28. Safarinejad. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence. Research* (2006) 18, 382–395.

29. Ergun Oksuz, Simten Malhan. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*. Vol. 175, 654 – 658. February 2006.

30. Catherine H Mercer, Kevin A Fenton, Anne M Johnson, Kaye Wellings, Wendy Macdowall, Sally McManus, Kiran Nanchahal, and Bob Erens. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *British Medical Journal*. 2003 August 23; 327(7412): 426–427.

31. Irwin Nazareth, Petra Boynton, Michael King. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *British Medical Journal*. 2003 August 23; 327(7412): 423.

32. Ariles Pérez, Dolores Gutiérrez, Sanfélix Genovés. Función sexual femenina y factores relacionados. *Atención Primaria* Vol.38 Núm. 06. 2006; 38:339-44.

33. L. Guirao Sánchez, L. García-Giralda, Irma Casas, J.V. Alfaro, F.J. García-Giralda. Disfunciones sexuales femeninas en atención primaria: una realidad oculta. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, ISSN 0210-573X, Vol. 34, Nº. 3, 2007 , Págs. 90-94

34. Wilfredo Guibert R., Marianela Prendes L. y Orquídea Portuondo V. Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Revista Cubana Medicina General Integral* 1998;14(1)
35. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB, Cisneros-Castolo M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. *Revista Mexicana Urología* 2008; 68(2):98-102
36. Claudia Sánchez B., Francisco Morales C., Jorge Carreño M., Susana Martínez R. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*. Julio-Diciembre 2005. Vol. 19 No. 3 Y 4; 152-160.
37. Aliaga P., Ahumada G., Villagrán, Santamaría, Manzor, Rojas. Disfunciones sexuales: Asistencia clínica y factores asociados en ginecología. *Revista Chilena de Ginecología*. 2000; 65(6): 444 – 452.
38. Ana L. R. Valadares; Aarão M. Pinto-Neto; Maria J. Osis; Maria H. Sousa; Lúcia Costa-Paiva; Délio M. Conde. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics* vol.63 no.6 São Paulo. 2008.

39. Edward Mezones H et al. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecological Endocrinology*, August 2008; 24(8):470–474.
40. Gonzáles M, Viáfara G, Caba F, Molina E. Sexual function, menopause and hormona replacement therapy (HRT). *Maturinas*. 2004, 48: 411-20.
41. Charna, M; Henriquez, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 9(1): 55-64
42. Weigel M. Meston C, Rosen RC. The female sexual function index (FSFI): cross validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005, 31:1-20
43. Orpinas P., Valdés M., Pemjeam A., y col (1991): Validación de una escala breve para la detección de beber anormal (EBBA). En: *Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud*. Florenzano R., y col (Eds) Facultad de Medicina , Universidad de Chile.
44. Manuel Mas y Delia Bez. Abordaje clínico de las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva orgánica. *Rev Int Androl*. 2007;5(1):92-101
45. Keiser, F. 1996. Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am*; 23: 99-109.

46. McCary, L; McCary, S; Alvarez, J; Del Río, C; Suárez, J. Sexualidad Humana. 1996. 5ta edición. Editorial el Manuel Moderno. 17: 195-271.
47. Katarin A. Witting. Female Sexual Dysfunction, Sexual Distress, and Compatibility with Partner. Original Research - Couples' Sexual Dysfunctions. JSexMed 2008; 5:2587-2599.
48. Herrera, R; Llaca, V. 2004. Trastornos sexuales durante el climaterio. Revista del Climaterio; 7(38): 62-77
49. Lamont J. Vaginismus. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:632
50. Steege JF. Dyspareunia vaginismus. Clin ObstetGynecol 1984; 27: 750-9
51. Sociedad Norteamericana de Menopausia. El papel del tratamiento de la atrofia vaginal con estrógenos vaginales locales en las mujeres posmenopausicas: consenso del 2007. Revista del climaterio 2008;11(65):203-22
52. Blumel M, Juan Enrique et al. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas: Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 130, n. 10, 2002.
53. Claudia Sánchez B., Jorge Carreño M., Susana Martínez R. Comunicación marital y estilos de comunicación en mujeres con disfunción sexual femenina. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 2003. Vol. 17 No. 2; 91-101.

54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana: La salud en las Américas. Volumen I. Publicación Científica No. 569, [Internet] Washington D.C.: OPS; 1998
55. WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. Montreal Declaration "Sexual Health for the Millennium". XVII World Congress of Sexology, July 15, 2005.
56. González MP et al. Evaluación de la función sexual. En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Psicofármacos y Función Sexual. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 171-8.
57. Kaplan H. y Sadock B. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 2003. Octava edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid – España. 21 (765 – 804).
58. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. Asociación Mexicana para la Salud Sexual. PAC PSIQUIATRÍA-1 Manejo clínico de la problemática sexual. A3. Intersistemas. México 1997.
59. Florido J, Pérez R. Disfunciones sexuales. En: Cabrero L. Tratado de Ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo I. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Editorial Médica Panamericana; 2003. p. 1261-71.

60. Fuentes X. Disfunciones sexuales femeninas. En: Correa E, Jadesic E. Psicopatología de la Mujer. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja; 2002. p. 167-84.
61. Nancy A. Phillips, M.D. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. American Academy of Family Physicians 2000; 62:127-36, 141-2.
62. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003; 32:193-208.
63. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment [review]. World J Urol 2002; 20:79-88.
64. González MP et al. Evaluación de la función sexual. En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Psicofármacos y Función Sexual. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 171-8.
65. Bobes García J.; García-Portilla; Saiz Martínez. Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos. Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30 (Monográfico 1): 32-37.
66. Organización panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. Conceptos básicos sobre sexualidad humana. En: Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la

acción.

Actas de una reunión de consulta. Asociación Mundial de Sexología. Guatemala, 2000.

67. William H. Masters, Virginia E. Johnson, Robert C. Kolodny. La sexualidad humana. 1987 España. 1ª Edición, 1ª Reimpresión. Editorial Grijalbo
68. Becker, Bradley. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky. Tratado de Psiquiatría Clínica. 2004. 4ta edición. Editorial Masson. 16, 743 – 759.
69. Hawton, K. 1988. Terapia sexual. España, Doyma. En: Charna, M; Henriquez, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. 9(1): 55-64.
70. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B: An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. Int J Psychiatr Clin Pract 1998;2:287-293.
71. Davis S. The clinical use of androgens in female sexual disorders. J Sex Marital Ther 1998; 24: 153-63
72. Ximena Fuentes. Disfunciones sexuales femeninas. En: Eduardo Correa, Enrique Jadresic. Psicopatología de la Mujer. Ediciones de la Sociedad de Neurología, psiquiatría y Neurocirugía. Chile, 2000; 8: 167-184.